Form. E 8 – 2004

IFAPME DIRECTION TERRITORIALE DE		**APPRENTISSAGE**
Service de :	Centre de :	Session......................................

Profession : ....

Indice : ....

N° contrat – Sexe Lieu et date de naissance	Nom – Prénom – Adresse	Epreuves (*)	Résultats		TOTAL
			1[re] session	2[e] session	

INSCRIPTIONS		RESULTATS	
Etabli par l'IFAPME Le Directeur territorial	Vérifié et complété par le Centre le : Signature :	Du Centre vers l'IFAPME Date : Signature :	Vérifié et certifié exact Le Directeur territorial Signature :

Ex. **A** : 300 pts - Ex. **B** : 300 pts - Ex. **C** : 400 pts - **TOTAL** : 1.000 pts

(*) Par épreuve, indiquer les initiales du Centre organisateur et la session si elle est différente de la session en cours.